H 111
P232

DE

N° 269.

LA PNEUMONIE AIGUË,

ET

DE LA DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC

DANS QUELQUES CAS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1830, pour obtenir le grade de docteur en médecine;

PAR CHARLES LESSERÉ, de Bassou, canton de Joigny,

Département de l'Yonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

27563

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Suppléant*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur*. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Président*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur*.
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur*
Cottereau.	Sandras.
Dance, *Suppléant*.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

MONSIEUR APPERT,

Membre du Conseil-général des prisons.

Témoignage public d'estime profonde et de considération distinguée.

C. LESSERÉ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lapneumonieaigue0009char

Prêt à nous élancer de nouveau dans la noble carrière de la médecine, nous ne nous sommes pas dissimulé l'étendue de nos devoirs; mais, quelque grands qu'ils soient, notre tâche deviendra moins difficile à remplir, aidé de l'expérience, encouragé par l'estime de nos compatriotes, et mettant à profit les conseils du conventionnel *J.-C. Chastellain*, dont l'amitié nous fut chère, qui, pour se faire une juste idée de ses obligations envers ses semblables, se supposait matériellement à la place de tout être sensible qu'il savait ou croyait souffrir. Puissent donc nos actes montrer combien la médecine est grande dans ses vues, sublime par les bienfaits qu'elle sait répandre, et combien étaient injustes les détracteurs dont elle a triomphé depuis long-temps. Ceux même qui l'avaient le plus vivement attaquée ont fini par lui rendre hommage : « Si je faisais, écrivait *J.-J. Rousseau* à *Bernardin de Saint-Pierre*, une nouvelle édition de mes ouvrages, j'adoucirais ce que j'ai dit contre les médecins; il n'y a pas d'état qui demande plus d'étude que le leur; par tous les pays, ce sont les hommes les plus véritablement utiles et savans. »

Les grandes et mémorables journées de juillet 1830, dont l'histoire n'offre aucun exemple, servent encore à appuyer cette opinion. Qui n'a été témoin de l'utilité et du courage patriotique des médecins ?

Ah! qu'il est glorieux pour nous de dire avoir partagé

l'élan généreux et les périls de ces nombreux confrères qui, le fer à la main, combattaient les malheureux armés contre la patrie, volaient à leur secours avec la même ardeur que s'ils eussent été leurs amis, et, tout en pansant leurs blessures, cherchaient à les consoler et à dissiper leur funeste erreur.

Il ne nous appartient pas de poursuivre; la postérité, admirant le dévouement sublime de la population parisienne, rendra hommage à la valeur et à la philanthropie de nos confrères.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

De toutes les maladies qui affligent la société, et particulièrement les habitans des campagnes, la plus fréquente et la plus meurtrière est sans contredit la *pneumonie aiguë.*

L'agriculteur, sans cesse exposé à l'influence de l'air, ayant le corps constamment couvert de sueurs abondantes provoquées par un travail violent, jouissant d'ailleurs de cette constitution forte et robuste qui dispose aux congestions sanguines du poumon, doit être souvent sujet à une maladie dont les causes semblent agir sur son économie d'une manière permanente. Elle se présente moins fréquemment, et est moins meurtrière chez le citadin, qui se trouve dans des conditions opposées. La raison en est dans la promptitude et la facilité des secours qu'il peut recevoir du médecin. Le paysan, éloigné presque toujours de l'homme de l'art, ne réclame ses soins que tardivement; celui-ci, d'ailleurs, ne peut le visiter aussi souvent qu'il le désirerait: cependant quelle maladie exige des soins plus pressans et plus assidus!

Si la pneumonie a si souvent des suites déplorables, à quoi doit-on en attribuer la cause, sinon à la pénurie des prompts secours, ou à la sécurité du malade, et quelquefois, disons-le hautement, à la méprise du praticien.

Il n'est pas rare, en effet, de voir des médecins se tromper sur la nature de cette maladie, et la regarder comme une affection cérébrale, parce qu'un symptôme violent, *accidentel* ou *secondaire*, tel que le délire, vient à prédominer et à effacer les caractères *essentiels* de la

pneumonie. L'observation que nous rapportons et que nous croyons être rare, vient à l'appui de notre opinion. Il est encore d'autres cas où le diagnostic de cette phlegmasie présente de très-grandes difficultés, comme le prouvent les deux autres observations consignées dans le cours de cette thèse. Telles sont les raisons qui nous ont déterminé à choisir ce sujet de dissertation. Puisse ce faible travail mériter l'indulgence de nos juges.

DE

LA PNEUMONIE AIGUË,

ET

DE LA DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC

DANS QUELQUES CAS.

La *pneumonie* est l'inflammation de tous les tissus élémentaires du poumon, qui, par leur combinaison, forment un *tout* dans lequel les élémens ne sauraient être distingués, et que nous nommons *parenchyme du poumon.* M. le professeur *Cruveilhier* pense que cette maladie n'affecte que les vaisseaux sanguins qui rampent sur les parois des vésicules pulmonaires (1). Quoi qu'il en soit, cette maladie était con-

(1) Note pour servir à l'histoire des tubercules.

nue dès la plus haute antiquité ; elle a reçu tour à tour les noms de *péripneumonie*, *fièvre péripneumonique*, *pneumonitie*, *fluxion de poitrine*, *pneumonie*, et de *pneumonite ;* nous lui conserverons celui de *pneumonie*, adopté par la plupart des praticiens.

Causes.

Nous les diviserons en *prédisposantes* et *déterminantes.*

Causes prédisposantes. Elles sont relatives à l'âge, à la constitution organique, à la saison, au climat, au sexe, à la profession.

Age. L'adulte est plus souvent affecté de cette maladie que l'enfant et le vieillard. Chez ces derniers, il est plus difficile d'en saisir les caractères, parce que l'enfant très-jeune ne peut rendre compte de son état, et que chez le vieillard elle n'est jamais bien franche, traîne en longueur, et généralement se complique d'autres maladies. Aussi l'issue de la phlegmasie du poumon est-elle plus souvent funeste à un âge avancé qu'aux deux autres époques de la vie?

Constitutions organiques. Celles où dominent les appareils respiratoire et circulatoire sont le plus exposées à l'inflammation du poumon.

Saison. Cette maladie est plus commune à la fin de l'hiver et au commencement du printemps que pendant le reste de l'année, et la véritable cause se trouve dans les variations fréquentes et subites qui ont lieu à ces époques dans l'atmosphère. *Morgagni* a prétendu qu'elle pouvait même devenir *épidémique* dans ces circonstances. (*De sedibus et causis.*)

Climat. Si cette maladie est plus commune en hiver et au printemps, elle devra par conséquent se montrer plus fréquemment dans les climats froids et tempérés que dans les pays chauds; c'est ce qui a lieu en effet. *Frédéric Hoffmann* a dit qu'elle régnait d'une manière

endémique dans les contrées septentrionales, telles que la Suède, le Danemark, la Poméranie, etc. *Cullen* en a observé un si grand nombre à la fois, qu'il a cessé d'être surpris qu'on l'ait considérée comme contagieuse.

Sexe. Les femmes y sont moins sujettes que les hommes : elles s'exposent moins aux intempéries de l'air, surtout dans les villes, où, destinées à faire l'ornement de la société, elles mènent ordinairement une vie douce et sédentaire.

Professions. Les travaux de l'agriculture disposent singulièrement à cette maladie. Les individus qui s'y livrent, subissant sans cesse les variations de l'atmosphère, soumis en plein air à des travaux rudes et violens, qui provoquent des sueurs abondantes, sont par là même très-exposés à la suppression de la transpiration, cause la plus ordinaire de la pneumonie. Elle doit aussi atteindre les ouvriers qui vivent dans une atmosphère pulvérulente, âcre, ceux qui mettent en jeu les poumons par un exercice fatigant, comme les crieurs des rues, etc., etc.

Causes déterminantes. Les causes qui déterminent cette maladie sont les suivantes : le passage brusque du chaud au froid, le refroidissement du corps, quand il a été exposé à une grande chaleur ou à un travail pénible qui a causé une sueur abondante; l'abaissement subit de la température, un vent froid du nord qui souffle avec force. Indépendamment de la température, il est des constitutions atmosphériques qui provoquent le dévoloppement de cette maladie. On doit également admettre comme causes *occasionelles* la suppression d'hémorrhagies habituelles, comme la menstruation, les hémorrhoïdes, etc.; celles des vieux ulcères, des anciens cautères ou autres écoulemens de cette nature. La maladie qui nous occupe reconnaît souvent pour cause la rétrocession de la goutte, d'un rhumatisme, des diverses phlegmasies cutanées, et surtout, parmi ces dernières, la scarlatine et la rougeole, quand elles se terminent d'une

manière incomplète. Elle peut aussi provenir d'un emportement ou de quelque autre passion violente. Nous avons vu des opérations chirurgicales déterminer la pneumonie ; enfin il arrive quelquefois que de violentes contusions ou des plaies pénétrantes de poitrine en sont la cause directe.

Symptômes.

La pneumonie, considérée dans son état le plus simple, débute le plus ordinairement par un *frisson* d'une durée plus ou moins longue, avec ou sans horripilation, et dont l'intensité semble être en rapport avec celle de l'inflammation. Dans les cas rares où ce frisson ne paraît pas dans l'invasion de la maladie, la chaleur est beaucoup plus générale et quelquefois plus vive, comme nous l'avons remarqué chez deux malades dont l'un a eu en même temps la peau jaunâtre : *Stoll* eût certainement envisagé cette teinte ictérique comme caractéristique d'une pneumonie bilieuse. Le traitement pour ce malade a été tout antiphlogistique ; il a guéri très-bien et très-promptement.

Le frisson est accompagné d'une *toux* plus ou moins fréquente, à la fois pénible et douloureuse, très-rarement quinteuse, sèche dans le commencement ; souvent d'une *douleur de côté*, profonde, obtuse, qui s'accroît considérablement lorsqu'on fait faire une profonde et longue inspiration au malade, douleur qu'il rapporte toujours au même endroit, et qui diffère de celle de la pleurésie, en ce qu'elle est vive, déchirante, superficielle et très-mobile ; de *dyspnée*, dont l'intensité varie selon la constitution organique des individus, et se trouve presque toujours en rapport avec l'étendue de l'inflammation. Le malade exprime qu'il a la poitrine serrée, et manifeste une vive anxiété ; le décubitus a lieu sur le dos ou le côté malade.

La *percussion*, pratiquée les deux premiers jours de l'invasion de la maladie, n'offre souvent rien que d'ordinaire, c'est-à-dire que le son est encore clair ; dès le troisième jour, le côté affecté perd de sa sonoréité, et souvent la matité est sensible, même quand on opère la percussion médiate avec le *plessimètre* de M. *Piorry*. Si

l'on applique l'oreille nue, ou armée de l'instrument de *Laennec*, on n'entend que faiblement le murmure respiratoire, accompagné d'un bruit semblable à celui du sel qui décrépite sur le feu; quelquefois le *râle crépitant ou la crépitation* est le seul symptôme que donne le *stéthoscope;* et, sauf les points sur lesquels la *crépitation* ne se fait point entendre, le bruit respiratoire est naturel ou plus fort : dans ce dernier cas, il est semblable à la respiration des enfans, avec résonnance de la voix. De là le nom de *respiration puérile*, qui lui a été donné par *Laennec*, et celui de *respiration bronchique*, par M. le professeur *Andral*.Ce caractère s'observe au deuxième degré de la pneumonie.

Les *crachats*, quelquefois écumeux, souvent muqueux, d'un jaune légèrement verdâtre, puis safranés, deviennent bientôt sanguinolens; lorsqu'ils présentent une couleur de *rouille*, vers la fin de la maladie, on peut en conclure généralement qu'elle aura une issue favorable. Le quatrième ou le cinquième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, le son donné par la percussion est tout à fait mat, et de tous les symptômes locaux est celui qui disparaît le plus lentement; en même temps, le bruit respiratoire est nul dans les vésicules bronchiques. Cet état persiste jusqu'au septième ou huitième jour, quelquefois plus tard, et ne tarde pas à marcher rapidement vers une terminaison heureuse ou fâcheuse.

Des symptômes généraux se manifestent aussi dans la pneumonie, et sont les mêmes que dans la plupart des phlegmasies aiguës. La soif est augmentée, l'appétit nul, la langue ordinairement blanche et humide, les urines sont d'un rouge foncé, en un mot, la fièvre apparaît avec tous ses caractères. En outre, la respiration est gênée, etc. Le pouls est quelquefois fort, plein; d'autres fois, au contraire, lorsque l'inflammation est très-intense, il est petit, fréquent, concentré. Une large et abondante saignée le développe et le rend souple. Le sang tiré de la veine est ordinairement couenneux. La respiration doit être la boussole du médecin pour asseoir le prognostic : plus elle est courte et difficile, plus l'inflammation est forte et étendue, et plus, par conséquent, la

maladie est dangereuse. L'intelligence reste intacte dans le plus grand nombre de cas; cependant il n'est point rare de voir cette maladie occasioner un délire furieux, circonstance qui rend le diagnostic extrêmement difficile, et peut faire même prendre l'effet pour la cause à des praticiens peu expérimentés. Nous citerons à ce sujet nos remarques sur un malade que nous avons soigné, et chez lequel la pneumonie s'est compliquée de cette espèce de délire.

Ire OBSERVATION.

Le 10 du mois dernier, nous fûmes appelé auprès d'un individu nommé Breflo, de Roussigni, âgé de trente ans, d'une constitution forte, athlétique, d'un tempérament sanguin. Interrogé sur son état, il nous dit que la veille il avait éprouvé un frisson, un tremblement général, et quelques momens après un point douloureux du côté droit de la poitrine. La toux était sèche, pénible, et amenait parfois des crachats sanguinolens; la respiration était courte et gênée. Nous ne pûmes percuter ni ausculter la poitrine, à cause du grand froid, et du peu de docilité du malade. Ces symptômes indiquant infailliblement l'existence d'une pneumonie aiguë, nous pratiquâmes une large saignée, et prescrivîmes un looch blanc et une tisane pectorale. Le lendemain, mêmes symptômes; nouvelle saignée, même prescription. Le troisième jour, le malade, dès notre arrivée, s'écria qu'il était guéri, qu'il n'éprouvait plus de douleur dans la poitrine, que sa respiration était libre, et qu'il voulait manger. Surpris du ton décidé qui accompagnait ces paroles, nous l'observâmes de très-près: sa respiration ne paraissait point difficile, mais elle était courte, et se faisait aux dépens du diaphragme. Le pouls était très-fébrile, et contrastait singulièrement avec cette sécurité du malade. Nous le fîmes causer long-temps, et aucun de ses raisonnemens ne nous laissa soupçonner le délire. Cependant, nous ne pouvions, sans l'admettre, expliquer cet état particulier du malade. Pendant que nous étions près de lui, la toux amena un crachat écumeux, sanguinolent, qui

nous raffermit dans l'idée que la maladie persistait avec une nouvelle intensité. Nous pratiquâmes une nouvelle saignée, et fîmes appliquer des sinapismes aux pieds. Le lendemain, quatrième jour, délire furieux; on est forcé de garder le malade à vue, pour l'empêcher de se lever. (Quatrième saignée, vésicatoires aux jambes.) Le cinquième jour, délire plus violent; on fut forcé d'attacher le malade. (Nouvelle application de sinapismes aux jambes et vingt-cinq sangsues aux tempes.) Le soir du cinquième jour, des sueurs abondantes se montrent, les crachats deviennent couleur de *rouille*, le pouls est moins fréquent. Nous appliquons un large vésicatoire sur la poitrine. Le sixième jour, les sueurs continuent, le délire diminue, le malade est plus calme, le pouls plus souple, et, chose extraordinaire, la respiration plus gênée en apparence. Le septième jour, plus de délire, crachats safranés, respiration libre, le pouls dans l'état naturel, sueurs abondantes. Le huitième jour, tout annonce une cessation complète de la maladie.

Dans l'observation intéressante qui précède, les crachats sanguinolens ont été pour nous le symptôme pathognomonique d'une pneumonie intense masquée par un délire furieux. L'absence de ces crachats rend le diagnostic de la pneumonie difficile. Deux cas de cette nature se sont offerts à notre examen, nous allons en tracer succinctement l'histoire.

IIe. OBSERVATION.

Pneumonie aiguë, crachats sanguinolens, avec expectoration blanche et rare.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante ans, entré à la Pitié dans le service de M. *Louis;* il était couché au n°. 3 de la salle Saint-Raphaël. A son entrée, il ressentait une vive douleur dans le côté gauche, de l'oppression. La percussion n'indiquait aucune modification de la sonoréité de la poitrine. L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne découvrait non plus aucun changement

dans le bruit respiratoire, si ce n'est, peut-être, qu'il était un peu moins fort à droite qu'à gauche; mais la douleur suffirait pour l'expliquer. La pleurodynie simple détermine cette faiblesse du bruit respiratoire : le côté souffrant se dilatant moins, moins d'air doit y pénétrer. Il n'y avait pas d'expectoration. Pendant trois jours, cette forme complètement latente de la pneumonie a persisté. Le malade a constamment eu depuis l'invasion de la maladie un mouvement fébrile. Mais le quatrième jour, le son mat au niveau du point douloureux a révélé l'affection, et l'absence de la respiration, jointe à l'oppression, n'a plus laissé aucun doute. Cependant les crachats toujours rares *n'ont pas cessé d'être blancs, catarrheux.* Le malade a bien guéri.

III^e^. OBSERVATION.

Pneumonie aiguë, sans frisson, sans aucun crachat.

M. B.....u père, propriétaire, domicilié à Paris, rue Saint-Louis au Marais, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution organique où prédomine le système circulatoire et respiratoire, éprouve, le 11 d'août, présent mois, un mouvement fébrile assez marqué, non précédé de frisson, accompagné d'une douleur vive, profonde dans la poitrine, d'une dyspnée assez prononcée et d'un sentiment d'anxiété. La toux, peu fréquente, est sèche, sans expectoration; le pouls est vite et un peu concentré; la chaleur générale élevée, la peau jaunâtre; les bords de la langue sont rouges, la base est jaunâtre; l'abdomen est douloureux. La percussion médiate donne un son clair; l'auscultation, faite avec soin, offre à la base de la poitrine une légère diminution dans le bruit respiratoire, surtout du côté droit. Le jeudi il y a céphalalgie; la toux présente le même caractère, si ce n'est qu'elle est plus fréquente; le troisième jour, la matité se fait observer à droite et en bas. Une saignée copieuse est faite. Le lendemain, quatrième jour, les douleurs de l'abdomen disparaissent, la céphalalgie n'existe plus. Les boissons mucilagineuses et opiacées ont

été employées. Le cinquième jour, l'oppression ne se fait plus sentir, il y a liberté de l'acte respiratoire, le mouvement fébrile est tombé, M. B.....u, notre ami, est en bonne voie de guérison.

Siége de l'affection pneumonique.

Par là on doit entendre le point du poumon enflammé et le côté de la poitrine affecté. Il est certain que les lobes inférieurs sont plus souvent atteints de pneumonie que les autres, du moins c'est l'observation que nous avons faite en suivant la clinique des hôpitaux de Paris; et en outre nous avons remarqué que la pneumonie existant aux lobes supérieurs était presque toujours accompagnée de tubercules. Ne pourrait-on pas être autorisé à assigner généralement à la présence des tubercules la cause du siége de la pneumonie?

La pneumonie est quelquefois double. Lorsqu'elle est simple ou d'un seul côté, nous sommes portés à croire que le poumon droit est plus souvent le siége de l'affection que le gauche. M. le professeur *Chomel* désigne sous le nom de *pneumonie profonde* ou *centrale* celle qui étant bornée soit au centre, soit à la région médiastine du poumon, ne s'étend pas jusqu'à la face externe ou costale de ce viscère. Cette variété de siége est rare. Enfin, li existe encore une autre pneumonie, à laquelle on a donné le nom de *lobulaire* ou *disséminée;* elle se montre simultanément dans plusieurs points très-peu étendus, circonscrits, d'un seul poumon ou des deux.

Marche et durée de la maladie.

Il arrive assez souvent que cette affection dans son invasion est précédée de *courbature*, d'un malaise indéfinissable, avant de produire une lésion locale; dans ce cas la marche de la pneumonie est lente. En développant les symptômes de cette phlegmasie, nous en avons fidèlement retracé la marche, c'est pourquoi nous n'y reviendrons pas. Quelquefois les symptômes se succèdent avec une rapidité ef-

frayante, et sont d'une courte durée. Outre ces divers états, on en compte encore un grand nombre d'autres, qui font varier la marche et la durée de cette maladie : ce sont surtout ceux dans lesquels il survient des épiphénomènes, tels que les hémorrhagies nasales, l'erpès labialis, les angines, l'eczéma, les érysipèles, etc. Rarement, selon nous, ces symptômes secondaires peuvent être considérés comme des crises; toujours est-il à peu près constant que, lorsque la terminaison est heureuse, la fièvre se dissipe la première; les symptômes locaux s'amendent successivement; et, comme nous l'avons déjà dit, c'est la matité du thorax qui tarde le plus à disparaître.

Terminaisons.

Cette maladie peut se terminer, 1°. par *résolution*, 2°. par *induration rouge* ou *hépatisation*, 3°. par *suppuration disséminée* ou *formant abcès dans le parenchyme du poumon*, 4°. par *gangrène*.

1°. La *résolution* est la terminaison la plus favorable, et celle qu'on doit toujours chercher à obtenir. Elle arrive le plus souvent du cinquième au septième jours, et s'annonce ordinairement par la diminution graduée des symptômes, qui suivent une marche rétrograde à celle adoptée pour parvenir à leur dernier période. *Celse* pense qu'elle n'a jamais lieu sans être signalée par quelques crises, telles que l'expectoration, les sueurs, les selles, les urines, les hémorrhagies nasales ou autres. La plus commune de ces évacuations critiques est la sueur : pour produire un effet favorable, il faut qu'elle soit douce, chaude, abondante, également répandue sur toute la surface du corps, et qu'elle procure au malade un bien-être particulier, en même temps qu'elle soit accompagnée d'une diminution notable dans les symptômes. Nous devons ajouter que le plus souvent ces épiphénomènes ne peuvent être considérés comme de véritables crises, puisqu'ils se montrent chez des malades dont la convalescence est longue et difficile.

2°. L'*induration rouge* ou *hépatisation* est très-funeste; elle s'annonce par l'accroissement de la dyspnée, par un sentiment de pesanteur dans la poitrine. Le décubitus se fait sur le côté affecté, et le malade est obligé même de se tenir dans une position presque verticale. La poitrine rend un son mat; le bruit respiratoire, le râle crépitant sont nuls; bientôt la respiration devient stertoreuse, et le malade périt par suffocation. Suivant *Boërhaave*, la pneumonie se termine quelquefois par une induration *chronique* qui ne s'éteint qu'avec la vie, etc.

3°. La *terminaison par suppuration disséminée* ou *formant abcès dans le parenchyme du poumon* est des plus fâcheuses; elle amène presque toujours la mort. Elle s'annonce par la persévérance des symptômes de l'inflammation, par un pouls fréquent, mou, ondulent, par la gêne dans la respiration malgré une expectoration abondante, et le sage emploi des moyens propres à combattre la maladie. Vers le soir, le malade éprouve des frissons fugaces, accompagnés d'un paroxisme avec délire. La dyspnée augmente, et la douleur de côté diminue. Si à ces symptômes viennent se joindre une toux opiniâtre, augmentant par le plus léger mouvement, une respiration haletante et bruyante, une chaleur insupportable à la plante des pieds et à la paume des mains, une fièvre continue, des sueurs nocturnes colliquatives, le décubitus forcé sur le côté malade, alors il ne doit plus rester aucun doute sur la présence du pus dans les poumons, surtout si l'auscultation fait reconnaître l'existence du râle muqueux à grosses bulles, et si en même temps la toux et la respiration sont caverneuses.

Le pus une fois formé peut suffoquer le malade, ou bien se frayer une route au-dehors : c'est ainsi qu'on a vu des sujets rendre une quantité abondante de pus et finir par succomber à une véritable consomption pulmonaire. Le pus peut s'épancher dans le thorax, et donner lieu à l'empyème, opération dont les suites sont presque constamment funestes. Lorsque le poumon a contracté des adhérences avec la plèvre costale, le pus peut, sur ce point, se tracer une route

au-dehors, et dans ce cas, infiniment rare, le malade se trouve soulagé promptement.

4°. La *gangrène du poumon*, que *Laennec* indique comme une terminaison rare de la pneumonie, et qu'il distingue en *circonscrite* et *non circonscrite*, s'annonce par la cessation brusque des symptômes portés au plus haut degré. Le pouls devient faible, intermittent; la figure se décompose, la peau prend une teinte livide; les crachats sont ichoreux, fétides, d'une couleur noirâtre, et l'haleine répand une odeur infecte et repoussante. La *gangrène du poumon circonscrite*, observée plusieurs fois par M. *Louis*, peut être considérée comme *primitive*, *essentielle*, et de même nature que la pustule maligne. Cette affection assez commune est beaucoup moins grave qu'on ne serait tenté de le croire.

Prognostic.

C'est dans le prognostic que brille ordinairement la science du médecin. Quoi de plus beau, en effet, de plus propre à mériter la confiance du malade, que la possibilité de prévoir une issue favorable? Mais cette faculté de juger les maladies n'est point donnée à tous les médecins; souvent même le plus habile risque de se tromper, surtout dans les maladies aiguës, où la nature laisse difficilement pénétrer ses secrets. On ne peut, dit *Hippocrate*, dans les maladies aiguës, prédire le sort des malades soit pour la vie, soit pour la mort. Ce précepte d'un aussi grand maître doit rendre très-circonspect le jeune médecin qui débute dans la carrière. Toutefois, si, dès le principe de la maladie, les symptômes ne conservent pas la même violence, si la peau devient halitueuse, avec diminution dans la gêne de la respiration, et dans la douleur de côté; si les crachats sont libres, épais et jaunâtres; si la fièvre tombe, on aura lieu d'espérer une heureuse terminaison. Si, au contraire, la respiration est difficile, si la toux est fréquente et douloureuse, si les crachats conservent aux époques critiques ou non critiques leur teinte rouge, si la

peau reste sèche et brûlante, si le pouls est fréquent, petit, et si le râle survient, le malade est dans un danger imminent.

On a dit que la diarrhée qui survenait dans la pneumonie était très-dangereuse : nous ne partageons pas cette opinion, puisque nous avons vu plusieurs pneumonies se terminer heureusement par une diarrhée critique. Dans ce cas les sueurs sont nulles.

Le prognostic est toujours très-fâcheux chez les vieillards épuisés par des maladies chroniques ; enfin la pneumonie est d'autant plus dangereuse qu'on remarque plus d'intensité dans l'ensemble des symptômes.

Caractères anatomiques.

Le premier degré pathologique du parenchyme du poumon, appelé par M. Andral, *hypérémie active du premier degré*, consiste dans un léger engorgement inflammatoire résultant d'une congestion sanguine, auquel *Bayle* donnait le nom d'*engouement*. Cet état peut être confondu avec la congestion soit passive, soit mécanique, soit cadavérique du poumon. Une légère perte de densité, la crépitation diminuée et moins sensible que dans l'état sain, tels sont les caractères de la partie parenchymateuse pulmonaire affectée. Ajoutons encore que coupée par incision elle est plus ou moins rouge et qu'il en découle une sérosité *spumeuse*.

Dans le deuxième degré, que les auteurs appellent *hépatisation*, le poumon ressemble assez, en pareil cas, au parenchyme du foie. Il n'est plus crépitant, son tissu est beaucoup plus compacte, et lorsqu'on le coupe il ne s'échappe des incisions qu'une très-faible quantité de fluide. Aussitôt que l'hépatisation est parvenue à son dernier degré, sa substance devient friable, se sépare facilement avec les doigts et ne surnage plus ; elle présente des points grenus, semblables au parenchyme du foie, soit à l'intérieur, soit à la surface ; d'autres fois elle est lisse à l'extérieur et grenue à l'intérieur; son aspect est jaunâtre et s'il affecte la couleur grisâtre, on reconnaît qu'il s'est infiltré dans son parenchyme une matière purulente, visqueuse, fade, qui

est le produit de la *suppuration*. Alors sa densité a considérablement diminué; il est très-friable, et les doigts, en pénétrant dans la partie revêtue de ces caractères, forment des cavités que remplit immédiatement un liquide sanguino-purulent.

Quelquefois le parenchyme est remarquable par quelques points plus durs dans sa texture, par une couleur noire et une odeur fétide et repoussante. Ces caractères sont une marque infaillible de la *gangrène circonscrite du poumon*. D'autres fois la partie gangrénée, au lieu de s'isoler et de se détacher, perd de sa consistance, s'amollit considérablement, exhale la même odeur que dans le cas précédent, et prend une couleur d'un brun livide. Il peut arriver enfin que la consistance soit nulle, que la gangrène soit beaucoup plus étendue et que les matières liquides soient expulsées par les bronches, ou bien qu'elles s'infiltrent dans un des poumons, et même qu'elles passent dans une des cavités pleurales.

Traitement.

De tous les moyens à opposer à la pneumonie aiguë, le principal et sans contredit le plus efficace est la *saignée*. Elle doit être pratiquée au bras, par une large ouverture, afin que la soustraction du sang soit rapide. La quantité à tirer devra être en raison directe des forces du malade, du sexe, de l'intensité et de l'étendue de la phlegmasie; rarement il est nécessaire de faire plus de deux ou trois saignées, et l'on ne pourrait sans inconvénient les pousser jusqu'à six, sept, comme le font certains praticiens. Mais si la phlébotomie trop souvent répétée a ses conséquences fatales, l'absence de la saignée a aussi les siennes. Nous pensons qu'il n'est point de pneumonie aiguë, quelque légers d'ailleurs que soient les symptômes, où l'on puisse se dispenser de pratiquer la saignée. Nous en avons vus débuter par des caractères infiniment légers, et qui semblaient n'exiger qu'*une médecine expectante;* mais tout à coup, vers le cinquième jour, la maladie prenait une intensité telle, qu'elle causait de justes alarmes. Combien

alors nous regrettions d'avoir négligé l'emploi d'un moyen, qui, administré dans le principe, aurait pu prévenir cet état fâcheux!

Les boissons chaudes, mucilagineuses, amilacées doivent toujours être mises en usage dans la pneumonie aiguë; on les édulcore avec les sirops de gomme, guimauve et capillaire. Les loochs, les potions huileuses, qu'on a soin de rendre calmantes, acides, stupéfiantes, suivant certains épiphénomènes, sont également d'un usage général. Ici le médecin, pour ne pas se préparer des regrets inutiles, doit suivre avec la plus scrupuleuse attention la série des symptômes qui se manifestent, afin de seconder la nature, si elle prend une marche favorable; de détourner, d'arrêter cette marche, si son issue paraît devenir funeste. Si donc la maladie tend à se terminer par les sueurs, ce qui n'est pas aussi commun qu'on le croyait autrefois, il les soutiendra par des boissons chaudes, très-légèrement sudorifiques. Dans tous les cas où la crise tendrait à s'opérer par l'expectoration, on aura recours aux loochs pectoraux, auxquels on pourra ajouter quelques grains de *sous-hydro-sulfate d'antimoine*, s'il arrivait que le système lymphatique prédominât dans la constitution organique.

Une diète très-sévère est de rigueur : de légers bouillons de poulet, de veau, un peu de crème de riz, sont les seules choses qu'on doive permettre, et encore faut-il que la maladie soit arrivée à cette époque où elle commence à perdre de sa gravité. Il est indispensable que le malade reste immobile dans son lit et conserve une position demi-assise, qu'il parle le moins possible et qu'il ne fasse aucune effort pour tousser. La température de l'appartement sera douce.

Si malgré tous les moyens opposés à la péripneumonie elle n'a pas cédé, et si elle a une tendance à se terminer par suppuration, il faut, surtout, dans ce cas, recourir aux exécutoires (1) appliqués

(1) Le vésicatoire d'une large étendue est préférable à tous les autres; cependant nous avons appliqué avec bonheur la pierre à cautère dans deux points distans de quelques travers de doigts, et, trois ou quatre jours après, nous passions sous la peau une mèche de linge effilé, que nous introduisions par l'un des trous faits par la potasse caustique, et que n us sortions par l'autre.

sur le siége de la maladie, et aux boissons stimulantes ou résolutives du système bronchique, telles que les scillitiques, les kermétisées, les gentianées, etc., etc. Enfin, on pratiquera l'empyème, quand cette opération présentera une chance de succès.

Nous ne terminerons pas cette dissertation sans dire deux mots sur la méthode de traitement à laquelle on donne le nom de *médication contre-stimulante*. D'après *Laennec*, elle consiste d'abord à saigner plus ou moins les malades, ensuite à administrer le tartre stibié à des doses variées, petites, plus élevées ensuite, et à continuer ainsi sans interruption jusqu'à ce qu'il y ait un amendement dans les symptômes et que l'amélioration soit indiquée par les signes stéthoscopiques.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

Qui suppurati uruntur, aut secantur, si quidem purum effluat pus et album, evadunt; si verò subernentum, et cœnosum, ac graveolens, pereunt. *Sect.* 7, *aph.* 44.